

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書

令和 年 月 日

様

法人住所
 法人名 印
 代表者職氏名
 居宅介護支援事業所名
 担当者 連絡先

次のとおり請求します。

請求金額	円
------	---

(内 訳) 令和 年 月提供分

介護予防 サービス計画費	契約単価	件数	金額
	基本単価 4,180円	件	円
	初回加算 3,000円	件	円
	委託連携加算 3,000円	件	円
	合計		円

介護予防 ケアマネジメント費 (ケアマネジメントA)	契約単価	件数	金額
	基本単価 4,180円	件	円
	初回加算 3,000円	件	円
	委託連携加算 3,000円	件	円
	合計		円

介護予防 ケアマネジメント費 (ケアマネジメントB)	契約単価	件数	金額
	基本単価 2,800円	件	円
	初回加算 3,000円	件	円
	委託連携加算 3,000円	件	円
	合計		円

(振込先)

金融機関名・支店名			口座番号						
銀行	本店	普通							
信金	支店	当座							
農協									
フリガナ									
口座名義									

私は、口座名義人 受領の権限を委任する。 を代理人と定め、

委任者 住所

氏名 印

受託者 住所

氏名 印

- 注) 1. 請求印は契約書と同じものを押印してください。
 2. 業務報告書を添付してください。
 3. 金額以外の修正をする場合は、訂正箇所にも二重線を引き、修正印(請求印と同じ印)を必ず押印してください。
 4. 請求者蘭に変更がある場合は、届け出てください。